

**Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la Couverture maladie universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie.**

Hélène Revil

► **To cite this version:**

Hélène Revil. Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la Couverture maladie universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie.. 2012. halshs-00699670

**HAL Id: halshs-00699670**

**<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00699670>**

Preprint submitted on 21 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**RT6**

*Politiques sociales, protection sociale, solidarités*

# Working papers

Parcours d'un outil informatique de quantification et d'identification du non recours à la Couverture maladie universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la maîtrise du risque maladie.

Hélène Revil (IEP Grenoble, PACTE, Odenore)  
[helena.revil@gmail.com](mailto:helena.revil@gmail.com)

n° 2012-4

**AFS**  
Association  
Française de  
Sociologie

Contact : bureau du réseau RT6,  
voir [www.rt6-afs.org](http://www.rt6-afs.org)

**Parcours d'un outil informatique de quantification et  
d'identification du non recours à la Couverture maladie  
universelle : de la mesure de l'effectivité des droits sociaux à la  
maîtrise du risque maladie.**

Hélène Revil, (IEP Grenoble, PACTE, Odenore)

La question du non recours <sup>1</sup> a été intégrée dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat pour la période 2010/ 2013. Elle est posée pour les dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée que sont la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) et l'Aide complémentaire santé (ACS). Ces dispositifs, créés respectivement en 1999 et 2004, ont vocation à améliorer l'accès aux soins des populations démunies en leur permettant de bénéficier d'une protection complémentaire santé.

#### **Encadré 1 : Les différentes prestations de la CMU**

La CMU B (Couverture maladie universelle de base) a été mise en application en 2000 et permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

La CMU C (Couverture maladie universelle complémentaire) ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite. C'est donc la possibilité d'accéder aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais.

L'ACS (Aide complémentaire santé) consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

L'AME (Aide Médicale de l'Etat), créée en même temps que la CMU, permet l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France, de manière irrégulière depuis une durée ininterrompue de trois mois minimum et ayant sur le territoire français leur foyer ou leur lieu de séjour principal.

En matière de CMU C et d'ACS, la prise en compte du non recours et sa problématisation ont eu lieu progressivement à partir de l'année 2005 : d'une situation où les acteurs de l'Assurance maladie ne percevaient que peu ce phénomène, nous aboutissons à la situation actuelle où le non recours constitue une « *préoccupation prioritaire* », pour reprendre les mots du Directeur de la sécurité sociale lors du colloque organisé à l'occasion des dix ans de la CMU. D'une manière générale, le non recours pose la question de l'effectivité des droits sociaux (Warin, 2010). Dans quelle mesure atteignent-ils bien les populations pour lesquelles ils ont été mis en place, populations qui ont besoin de ces droits dans la mesure où ils constituent le dernier rempart contre la pauvreté ou le levier pour en sortir ? Que penser de l'efficacité des droits sociaux lorsque ceux-ci ne touchent pas leurs cibles ? Concernant la Couverture maladie universelle, un différentiel statistique entre la population éligible et les

---

<sup>1</sup> Le non recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique à laquelle elle pourrait prétendre<sup>1</sup>, <http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp1.pdf>

bénéficiaires réels a, dès 2003, interrogé le Fonds CMU chargé de financer et de suivre l'application du dispositif. Quelle est l'ampleur du différentiel ? Combien sont les personnes qui n'accèdent pas à la CMU C et à l'ACS ? Quelles conséquences sur l'accès aux soins de ces populations ? L'existence potentielle de non recours a progressivement été perçue comme un problème pour les acteurs impliqués dans la protection de la santé en France. En effet, des études ont montré que l'absence de complémentaire induit des renoncements aux soins qui peuvent avoir des conséquences majeures sur l'état de santé des populations concernées (Chauveaud, Rode, Warin, 2010 ; Irdes, 2011).

Au sein de ce texte, nous revenons sur le processus de problématisation du non recours à la CMU<sup>2</sup> en France et plus particulièrement sur le rôle joué par un outil informatique de connaissance du non recours dans cette mise en problème. Nous nous intéressons au « cheminement sinueux » (Galglio, 2011) qui a mené de la construction de cet outil par des acteurs à la fois scientifiques et administratifs, à sa diffusion vers l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie pour intervenir sur le problème du non recours à la CMU.

Reposant sur un partage d'informations dématérialisées concernant les publics des différentes branches de Sécurité sociale, cet outil informatique a permis de « rendre visible » le *non recours primaire* aux dispositifs de la CMU et a amené un premier niveau de reconnaissance de la part d'acteurs qui ont longtemps nié l'existence du phénomène. En rendant possible l'identification des non recourants, l'outil a entraîné la mise en place d'actions pour augmenter les taux de couverture et a induit des transformations dans le suivi et la gestion des droits en matière de complémentaire santé. Globalement, nous verrons que cet outil, en se diffusant au sein de l'Assurance maladie, a participé à renforcer la logique des droits créances tout en introduisant le principe d'équité à chaque étape de la mise en œuvre de la CMU par les organismes de la branche.

---

<sup>2</sup> Par commodité de langage et d'écriture, il nous arrivera de regrouper les dispositifs CMU C et ACS sous le terme CMU.

## NECESSITE ET INCERTITUDES : LE PROCESSUS LOCAL DE CONSTRUCTION DE L'OUTIL DE CONNAISSANCE DU NON RECOURS

*Observer et « connaître » le non recours, une nécessité partagée*

Une des difficultés récurrentes concernant le non recours est celle du manque de connaissances sur le phénomène : invisibilité partielle ou totale des personnes qui se trouvent dans ces situations, manque d'outils et de méthodes pour produire de l'information, autant de points soulevés par l'ensemble des travaux portant sur le non recours. Chercheurs, acteurs institutionnels ou associatifs reconnaissent tous que l'invisibilité du phénomène est un obstacle important à sa prise en compte<sup>3</sup>. Il s'agit en effet de « *mesurer ce que l'on ne connaît pas, [d']évaluer ces populations –et en tout premier lieu leur importance numérique- et [de]repérer ces bénéficiaires potentiels qui restent à l'écart* » (Afsa, 1996). Comment alors produire de la connaissance sur le non recours? Cette question est complexe ; l'accès aux droits nécessite en effet l'introduction de nouvelles méthodes et le recours à de nouveaux instruments de connaissance (Borgetto, 2004). En 2003, c'est ce constat d'un manque d'informations sur le non recours et la volonté de construire des outils d'observation qui ont amené la création de l'Observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE).

Travailler ce phénomène, quelque soit l'objectif, demande un investissement méthodologique important : dans la majorité des cas en effet, les acteurs ne disposent pas de données immédiates ni de systèmes d'informations conçus pour quantifier ou détecter le non recours. Le coût de production des informations, la complexité technique des méthodes par requêtes sur les systèmes de données administratives, l'extrême sensibilité relative à l'institution d'enquêtes de populations fondées sur le maniement d'informations personnelles (Warin, 2006) sont autant d'éléments qui freinent la production de méthodes *ad-hoc* (Revil, 2008). Au delà du constat d'un manque évident de connaissances sur le non recours , les acteurs butent donc sur la complexité méthodologique pour en produire. La *ressource cognitive*, constituée par l'ensemble des connaissances relatives aux données du problème à résoudre (Knoepfel, Varone, Larrue, 2001) est absente.

---

<sup>3</sup> Nous pensons aux travaux de la CNAF, de JL. Outin, d'A. Math, de D. Bouget, d'A. Reinstadler, de P. Warin, de M.O. Simon.

Concernant le non recours à la Couverture maladie universelle, le constat est identique. Durant les premières années de mise en œuvre du dispositif –soit entre 2000 et 2004-, les acteurs qui ont voulu se saisir de cette question se sont tous confrontés au défaut de connaissances. Médecins du monde, en premier lieu, a tenté d'estimer ce phénomène. Le Fonds CMU, organisme d'Etat assurant le financement et le suivi du dispositif, a donné dès 2003 des ordres de grandeur en s'appuyant sur les estimations des populations éligibles produites par les services statistiques des Ministères. Quelques acteurs des Directions déléguée à la qualité et à la précarité de la CNAMTS ont souhaité, en 2004, prendre en compte les situations de non recours à la CMU C au sein du Plan de prévention et de traitement de la précarité de l'institution. Inscrit par principe dans le document, cet objectif n'a cependant pas trouvé de concrétisation.

Des acteurs associatifs et institutionnels ont ainsi eu la volonté de rendre visible le non recours à la protection complémentaire et d'en donner une estimation. Jusqu'en 2006, les chiffres sont cependant restés peu nombreux : ceux qui ont été construits se référaient à des populations particulières –les « grands exclus » par exemple- ou étaient calculés à partir de mesures « à la louche » des populations éligibles. Aucune des initiatives n'a débouché sur une mesure régulière ou sur la création d'un outil permettant d'estimer et d'identifier les non-recourants. Comme nous l'explique l'ancienne responsable de la direction qualité de la CNAMTS, la construction d'une méthodologie pour identifier le non recours a été jugée trop complexe. Un ancien directeur de Caisse primaire nous a confirmé que produire un système de requêtes pour repérer le non recours est une opération compliquée et fortement consommatrice en temps.

Dans ce cadre, il est difficile d'imaginer le nombre de personnes concernées par ce phénomène et, par la même, les enjeux relatifs à l'introduction du non recours dans les préoccupations des acteurs de la protection sociale en France. Faute de données chiffrées, le non recours reste d'ailleurs perçu comme marginal par la plupart des acteurs de la Sécurité sociale et de l'Assurance maladie. Selon une formule d'Alain Desrosières, « seul ce qui est compté, compte » ; sans aucun chiffre fiable pour l'objectiver, le non recours ne compte en général pas parmi les priorités des acteurs administratifs.

Seuls quelques acteurs sont convaincus du fait que des personnes ne bénéficient pas de leurs droits CMU et que cela a des conséquences quant à leur accès aux soins. Médecins du monde

signale l'absence d'ouverture de droits d'une partie non négligeable des populations qui se rend dans ses centres. Au sein de la CNAMTS, la discussion est prégnante entre les différentes directions qui ne s'accordent pas sur la nécessité de se préoccuper du non recours en matière de complémentaire santé. Le manque de connaissances a cette conséquence d'entretenir un doute sur la *réalité* du phénomène mais également sur son ampleur et ses effets. Dans son rapport de 2005, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) évoque ce doute concernant l'existence autre que théorique de ces usagers virtuels, silencieux, si elle ne se manifeste pas en creux lorsqu'un dispositif se constitue pour les détecter.

Lorsque nous avons commencé à travailler sur cette question au sein de l'Assurance maladie en 2006, plusieurs directeurs de caisses nous ont affirmé que les situations de non recours étaient peu fréquentes. S'ils reconnaissent l'existence de difficultés dans l'accès aux prestations ciblées, ils sont septiques quant au fait que des personnes ne se manifestent pas pour demander leurs droits. La responsabilité du non recours est d'ailleurs majoritairement imputée aux individus, jugés passifs, et qui ne feraient pas d'efforts pour venir chercher leurs droits. Les acteurs de l'Assurance maladie font quasiment tous une distinction entre les personnes déjà engagées dans une demande de droits et rencontrant des obstacles divers, et celles qui ne prennent aucune initiative pour bénéficier de leurs droits. Si pour les premières, ils sont prêts à imaginer des solutions en matière d'information ou d'accompagnement pour améliorer l'accès aux droits, pour les secondes, ils considèrent n'être pas concernés et ne pas être responsables des choix effectués par les individus. Nous retrouvons ici des débats classiques quant à la responsabilité des individus et des institutions face au non recours, liés aux types d'explications privilégiées pour analyser le phénomène (Kerr, 1983 ; Van Oorschot, 1995).

En matière de CMU, après quelques années de mise en œuvre du dispositif, plusieurs éléments semblent en tout cas indiquer que les situations de non recours ne sont pas aussi marginales que certains ont tendance à le penser. Les divergences de courbes statistiques entre prévisions et réalité de la montée en charge, les difficultés rencontrées aux guichets des Caisses primaires, les constats de terrain faits par les associations montrent que, même si ces dispositifs ont nettement amélioré la couverture des populations précaires, des situations de non recours demeurent. Les quelques acteurs –nationaux et locaux, institutionnels, associatifs et scientifiques- qui se préoccupent de cette question se rencontrent dans des groupes de travail nationaux sur l'accès aux droits. Au début des années 2000, suite au vote en 1998 de la



loi relative à la lutte contre les exclusions qui consacre l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux et rappelle la nécessité pour les intervenants sociaux de mettre en place les conditions de cette effectivité, l'accès aux droits est en effet au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. L'Odenore et quelques personnalités de la CNAMTS participent ainsi au groupe national de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) dont l'un des objectifs consiste à construire des indicateurs pour mesurer l'impact des prestations ciblées – notamment la CMU C- sur les populations en situation de précarité (Hamel, 2006). Si ce groupe de travail ne va pas au bout de cette démarche, abandonnant l'ambitieuse idée de concevoir un indicateur, il permet aux différents acteurs de prendre conscience de leur difficulté commune -comment produire de la connaissance sur le non recours?- et de la nécessité d'être innovant en la matière.

#### *Un projet multi niveaux impliquant des acteurs de différentes natures*

Ce constat est le point de départ d'un processus qui aboutit, de longs mois plus tard, à la conception de l'outil informatique de connaissance du non recours à la CMU. Voyant que les perspectives d'innovation au sein de la CNAMTS sont limitées par une absence de consensus sur l'existence du non recours et sur la responsabilité de l'institution face à ces situations, la responsable de la Direction qualité de la caisse met en relation le responsable de l'Odenore et le directeur adjoint du Fonds CMU afin qu'ils lancent conjointement une étude sur le non recours. Elle sollicite parallèlement la principale Caisse primaire du département au sein duquel est implanté l'Observatoire. L'idée qu'elle leur soumet est de tester la possibilité de produire de la connaissance –quantitative et qualitative- sur le non recours à la CMU à partir des fichiers de gestion des organismes locaux de Sécurité sociale. La Caisse primaire en question n'a jamais mené de travaux sur le sujet et la Direction générale n'est pas particulièrement préoccupée par le non recours. A titre individuel et temporaire<sup>4</sup>, l'engagement du sous-directeur est par contre acquis ; militant dans une association visant à améliorer l'accès à leurs droits des populations vulnérables, il est convaincu de l'existence du non recours mais aussi de ses conséquences sur l'accès aux soins et sur l'état de santé des populations. Au moment du démarrage effectif du travail, le dossier est cependant repris par le nouveau sous-directeur qui n'a pas participé à l'élaboration du projet et n'est par ailleurs pas convaincu de la nécessité d'un tel travail ni de la *réalité* du non recours. Ceci aura bien

---

<sup>4</sup> Il doit partir à la retraite quelques mois après.

entendu des effets sur le projet et renforcera la difficulté de définir une finalité claire au projet de construction d'un outil de connaissance. Sous contrainte du Fonds CMU et de la direction précarité de la CNAMTS, l'engagement de la CPAM est malgré tout acquis ; se crée ainsi en 2007 un partenariat entre un acteur scientifique –l'Odenore- et des acteurs institutionnels locaux et nationaux –CPAM, CNAMTS, Fonds CMU- autour de l'idée de concevoir une méthode informatique pour objectiver et observer le non recours à la CMU dans ses différentes dimensions.

Très vite, le travail réalisé par l'Odenore au sein de la CPAM démontre cependant que les fichiers de la caisse sont insuffisants pour concrétiser cette idée. Ils ne permettent pas de mettre en exergue la forme de non recours qui intéresse particulièrement les acteurs : le *non recours primaire*<sup>5</sup>. Une des conditions pour produire cette connaissance est de demander de l'information aux organismes susceptibles de connaître les bénéficiaires potentiels de la CMU C et de l'ACS. C'est ainsi que la Caisse d'allocations familiales (CAF) et la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM<sup>6</sup>) sont impliquées dans le projet en tant que relais informationnels. Prestataires de minima sociaux, ces organismes détiennent dans leurs fichiers des informations concernant les populations potentiellement éligibles à la CMU du point de vue de leurs ressources. Ils acceptent de fournir ces informations à la CPAM qui ensuite les compare à ses propres fichiers de gestion afin de vérifier si les personnes éligibles bénéficient effectivement de leurs droits. La mise à disposition des informations fait l'objet de négociations ; les CAF et CRAM souhaitent notamment être impliquées dans l'élaboration technique de l'outil. Elles se saisissent également de cette opportunité pour se rapprocher de la CPAM qui à la réputation d'être fermée à son environnement. Le partenariat se renforce donc progressivement ; il est formé d'acteurs de différentes natures -administratifs et scientifiques- qui partagent la volonté de produire de la connaissance sur le non recours et sont dépendants les uns des autres pour mener à bien leur projet ; certains détiennent les ressources informationnelles, d'autres les compétences informatiques ou l'expertise en matière de non recours.

---

<sup>5</sup> A ce stade, nous ne parlons pas des types de non recours construits par Odenore. Nous utilisons ici *le non recours primaire* tel que décrit par la CNAF dans le numéro de Recherches et Prévisions de 1996. Il s'agit de personnes éligibles à une prestation mais qui ne la perçoivent pas pour ne pas l'avoir demandée.

<sup>6</sup> Les CRAM ont disparu suite à la loi HPST de 2009 et sont devenues les CARSAT.

*Un accord sur l'observation du non recours, des incertitudes quant aux enjeux de sa mise en visibilité*

Au démarrage du travail, les positions des différents acteurs sont incertaines quant aux enjeux relatifs à la prise en compte du non recours. Le projet a-t-il une visée uniquement scientifique ? Va-t-il servir à mettre en place des actions pour intervenir auprès des potentiels non-recourants ? A mesurer l'effectivité des dispositifs ? S'agit-il de dépasser durablement les cloisonnements informatiques entre les branches et de collaborer pour faire de l'accès aux droits ? La perspective de mettre en exergue le non recours est par ailleurs difficile à entendre pour la CPAM qui y voit une potentielle critique de son travail et une remise en cause de ses capacités à liquider les droits CMU. Dans un contexte de création au sein de la caisse du service centralisé chargé de gérer la CMU, cela n'est pas forcément bienvenu.

Il paraît cependant difficile de répondre aux incertitudes et de lever les réticences tant que le non recours n'est pas rendu visible et qu'on ne dispose pas d'estimations quant à son ampleur. La convention de recherche fixe donc des objectifs très larges de manière à intégrer les souhaits de chacun des acteurs en présence : possibilité pour l'observatoire d'accéder aux bases de données pour quantifier le phénomène et construire un échantillon de personnes à interroger, expérimentation de l'élaboration de connaissances à partir des fichiers des organismes sociaux, opportunité pour les acteurs administratifs de travailler ensemble et de mutualiser leurs compétences afin de co-produire la charge de l'accès aux droits (Hamel, 2009). Les raisons qui poussent les uns et les autres à s'investir dans le projet ou à le freiner sont multiples. Un objectif est cependant acquis : il est nécessaire d'informer quantitativement le phénomène avant d'envisager les suites du projet ; la perspective d'innover sur les outils laisse ouvert le champ des possibles quant aux enjeux de la prise en compte du non recours. Elle donne aux acteurs une raison de travailler ensemble même sans accord clair sur la finalité du projet expérimental. Individuellement et institutionnellement, chacun tente de maîtriser ce champ des possibles afin qu'il leur soit bénéfique et qu'il permette de répondre à leurs intérêts prioritaires. Car à côté des objectifs institutionnels, les intérêts personnels sont bel et bien présents. Conquête d'autonomie et de reconnaissance au sein de l'institution, création d'un partenariat interinstitutionnel durable, opportunité de disposer d'un accès durable aux ressources informationnelles, le processus de construction de l'outil est l'occasion de jeux d'acteurs (Friedberg, 1993) évoluant au gré des contraintes techniques et juridiques rencontrées et des compétences à mobiliser pour les dépasser.

Le croisement de fichiers des différents organismes sociaux ne va en effet pas de soi. Chaque branche de la Sécurité sociale a, au fil du temps, élaboré ses propres outils informatiques et créé des fichiers de gestion pour mener à bien ses missions particulières. Par la même et bien qu'appartenant à l'entité de la Sécurité sociale, les branches n'utilisent pas les mêmes identifiants : ainsi les CPAM travaillent à partir du NIR (Numéro d'inscription au répertoire aussi connu sous le terme Numéro de sécurité sociale) alors que les CAF donnent des numéros d'allocataires. Pour procéder à des croisements de fichiers, les informaticiens des CPAM doivent identifier chaque allocataire de la CAF à partir de son nom, prénom et date de naissance. Cependant, les erreurs relatives à l'identité sont fréquentes -orthographe, mauvaise date de naissance...- et entraîne des rejets par les systèmes d'informations des CPAM. Il s'agit donc avant toutes choses de fiabiliser les données fournies par les CAF (ou CRAM) en certifiant l'identité des individus à partir de l'indicateur RNIAM (Répertoire inter régime des bénéficiaires de l'Assurance maladie). Nous n'en dirons pas plus ici mais il est clair que les contraintes techniques pour concevoir l'outil sont nombreuses. L'élaboration des requêtes qui composent le programme informatique de détection du non recours consiste en un travail de fourmi et nécessite un travail de traduction des objectifs du Comité de pilotage vers les agents de la cellule informatique de la Caisse primaire.

La mouvance des contraintes remet d'ailleurs en permanence en cause les directions prises (populations pour lesquelles on mesure le non recours, populations exclues du fait d'un indicateur RNIAM non certifié, populations pour lesquelles il est impossible de lever des erreurs d'identité...) et amène à faire évoluer la méthode de calcul du non recours. Les concepteurs de l'outil doivent également tenir compte des demandes multiples émanant de chaque acteur et tenter de les rassembler. En ce sens, le processus a tiré parti de l'incertitude ; les acteurs ont outillé la question du non recours à la CMU C et à l'ACS avant de lui donner un sens et donc avant de se positionner clairement sur les enjeux relatifs à sa prise en compte. Après plusieurs mois de travail sur les fichiers de gestion des caisses pour opérationnaliser le partage d'informations et construire le système de requêtes (Revil, 2008), le projet touche à son but : l'outil informatique existe, il fonctionne et permet d'estimer des taux de non recours à la CMU C –entre 15 et 20 %- et à l'ACS –entre 85 et 95 %- (Revil, 2010). Parallèlement, il permet d'identifier les personnes se trouvant dans ces situations et d'envisager une phase de travail compréhensive.

Cependant, la mise en exergue de chiffres –et leur rapide diffusion- fait considérablement évoluer les positions de certains acteurs quant aux usages de l’outil. Les enjeux sous-jacents du non recours se révèlent : pour l’ACS, les taux de non recours sont très élevés ce qui amène les acteurs administratifs à envisager d’agir rapidement pour améliorer l’effectivité de l’aide. Les faibles taux de recours affolent la direction de la Caisse primaire qui voit dans ces chiffres un marqueur de l’effectivité partielle de la CMU et un révélateur de dysfonctionnements dans la mise en œuvre du dispositif. D’autant que des associations intervenant auprès des personnes précaires, prennent connaissance des taux de non recours et interpellent la Caisse primaire sur sa gestion des dossiers. Les données chiffrées sont ainsi immédiatement dotées d’importance et transforment le cours de l’action (Ogien, 2010). Rendu visible, le non recours n’est plus un phénomène, il devient un problème sur lequel les acteurs administratifs veulent intervenir. Un avenant au Contrat pluriannuel de gestion (CPG) de la Caisse primaire est rédigé dans l’urgence indiquant la volonté de la Caisse de réduire les taux de non recours d’au moins 10 % dans les mois suivants. L’avenant indique qu’il est nécessaire « de mettre en place des actions d’amélioration pour permettre aux personnes ne bénéficiant d’aucune protection complémentaire d’accéder aux droits et aux soins ». L’enjeu est d’améliorer le taux de couverture de la population en renforçant la qualité de la base de données enrichie d’informations des CAF et CRAM afin de mieux identifier la population cible de la CMU et de prendre contact avec elle.

Ainsi s’il agissait au départ d’observer le non recours dans ses différentes dimensions – quantitatives et qualitatives-, au vu des premiers résultats, la Caisse primaire souhaite sans attendre intervenir auprès des personnes détectées en non recours. L’idée est de les informer par courriers de leur éligibilité potentielle afin qu’elles viennent demander leurs droits. Les temporalités divergent alors. L’acteur scientifique souhaite aller au bout du protocole d’enquête inscrit dans la convention d’étude initiale et qui prévoit, qu’une fois les non-recourants identifiés, des enquêtes par questionnaires sont lancées pour comprendre les causes et les effets du non recours. Le Fonds CMU souhaite également mener le travail de connaissance à son terme pour comprendre la diversité des causes du non recours et penser des actions à partir des éléments de compréhension apportées par les personnes.

## TRANSFERT ET APPROPRIATION DE L'OUTIL PAR LES ACTEURS NATIONAUX DE LA SECURITE SOCIALE

La Caisse nationale d'assurance maladie –qui lors de la conception technique du programme informatique s'était mise en retrait- s'intéresse à nouveau de près à l'outil. En effet, des enjeux nationaux concernant le dispositif de l'ACS mettent le non recours au cœur des débats. Comme cela a été montré par l'outil au niveau d'un territoire, les estimations statistiques faites par le Fonds CMU indiquent que le dispositif ne trouve pas son public. La Direction de la sécurité sociale (DSS), qui souhaite défendre ce dispositif, cherche des solutions pour améliorer le recours à cette aide. L'outil fraîchement créé au sein du partenariat local tombe à point nommé : il permet d'identifier précisément les bénéficiaires potentiels de l'ACS et offre ainsi une possibilité de les contacter. Si localement l'incertitude quant aux raisons et aux enjeux de l'élaboration de l'outil a permis aux acteurs locaux d'avancer dans le processus technique, ce flou persistant tout comme les prémises d'un profond désaccord sur l'usage de l'outil ne leur permettent pas de porter conjointement leur invention vers les acteurs nationaux. La CPAM et la CAF se désunissent et négocient chacune de leur côté le transfert de l'outil vers leur caisse nationale respective.

Au niveau national non plus branche maladie et branche famille ne parviennent pas à s'accorder sur l'usage à faire de l'outil et sur les coûts qui peuvent en résulter. En effet, l'envoi de milliers de courriers représente un coût que chaque caisse refuse d'assumer seule. C'est finalement la CNAMTS qui, sur ordre de la DSS, rédige une circulaire officialisant le transfert de l'outil et sa généralisation à l'ensemble du réseau des Caisses primaires. Cette généralisation a contribué à mettre en exergue le « *manque de portage commun localement*<sup>7</sup> » mais aussi et surtout le défaut d'une idée précise et partagée quant à l'usage de l'outil, idée que les acteurs auraient pu défendre collectivement au niveau national. Au lieu de renforcer les liens entre acteurs locaux autour de ce projet jugé probant par la DSS, le processus de généralisation déstabilise le groupe et marque un coup d'arrêt au processus de connaissance du non recours par l'acteur scientifique. La DSS et la CNAMTS profitent de ce contexte local « sous pression » pour s'approprier l'outil suivant deux logiques : d'une part, il s'agit de s'en servir pour identifier les bénéficiaires potentiels de l'ACS et les informer de leurs droits et

---

<sup>7</sup> Extrait d'un entretien mené avec le dirigeant de l'un des organismes impliqués dans l'expérimentation.

d'autre part, pour placer le non recours à la CMU C dans les préoccupations de la branche en démontrant sa *réalité* et son impact sur l'accès aux soins des populations démunies.

### *Identifier et informer les bénéficiaires potentiels de l'ACS*

Le transfert a donc lieu dans un contexte de forte interrogation sur l'Aide complémentaire santé. En 2008, des voix s'élèvent pour interroger la Direction de la sécurité sociale sur le fait de conserver ou non cette prestation. En effet, d'autres solutions existent pour améliorer l'accès aux soins des populations précaires. La possibilité d'établir un bouclier sanitaire revient sur le devant de la scène (Briet, Fragonard, 2007). A l'heure où les choix faits en matière de protection complémentaire (Volovitch 2011) sont cruciaux et âprement débattus, la Direction de la sécurité sociale généralise l'outil de connaissance du non recours pour tenter d'améliorer l'effectivité de l'ACS et pour démontrer qu'elle a eu raison de choisir cette option. L'outil de connaissance devient *médiateur pour l'action*.

Revenons rapidement sur quelques éléments concernant la détection du non recours (Math, Van Oorschott, 1996) afin de bien comprendre pourquoi l'outil intéresse la DSS. Objectiver le non recours suppose, en premier lieu, de déterminer la population éligible à un droit afin d'identifier en son sein les individus qui ne le perçoivent pas. L'éligibilité à des prestations sociales est le critère à partir duquel la notion de non recours a été construite (Warin, 2010). L'outil a été élaboré à partir de cette méthode de calcul et constitue donc un moyen pour identifier, à partir des informations présentes dans les fichiers de gestion des organismes sociaux, la population éligible à l'Aide complémentaire santé qui demeure mal connue.

Pour la Direction de la sécurité sociale et la CNAMTS, cette identification peut servir de base au déploiement de campagnes massives d'information auprès des bénéficiaires potentiels. Ces acteurs partent en effet du postulat qu'une fois informées de leurs droits les personnes les demanderont nécessairement. A ce moment là, les causes du non recours à l'ACS sont plus supposées que démontrées par des travaux empiriques. Les acteurs font donc l'hypothèse que le non recours s'explique essentiellement par un manque d'information sur l'aide. Si ceci est en partie exact, comme le montreront quelques mois plus tard les enquêtes qualitatives que nous avons effectuées auprès des non recourants (Revil, 2010), cette hypothèse réduit considérablement le spectre des causes du non recours à l'ACS.

La logique de départ de l'outil visant à quantifier le non recours pour ensuite comprendre la diversité de ses causes est amputée. Les acteurs nationaux utilise l'outil *a minima*, non pas pour observer le non recours dans ses différentes dimensions mais pour prospector l'éligibilité et informer, par courriers, les populations de leur droit potentiel. Dans cette perspective et après quelques ajustements techniques, des milliers de courriers sont envoyés par l'Assurance maladie. La CNAMTS donne également des instructions relatives à l'outil aux Caisses primaires par l'intermédiaire d'une lettre-réseau<sup>8</sup>: Celles-ci sont incitées à utiliser l'outil afin d'identifier régulièrement les bénéficiaires potentiels de l'ACS et à chercher l'optimisation de la détection de l'éligibilité aux dispositifs de protection des publics en situation de précarité. Ceci afin de faire monter en charge l'ACS et de permettre à des personnes sans complémentaire de bénéficier d'une protection pour pouvoir accéder aux soins. Dans un contexte de recul de l'Assurance maladie de base et d'augmentation du reste à charge pour les patients, (Desprès, Dourgnon, Fantin et Jusot, 2011) le bénéfice d'une complémentaire devient central.

#### *Donner une visibilité au non recours à la CMU C pour l'inscrire sur l'agenda administratif*

Le transfert de l'outil poursuit une seconde logique : il s'agit de donner une image quantifiée du non recours à la CMU C pour amener un premier niveau de reconnaissance du phénomène et le placer parmi les préoccupations des différentes directions nationales de l'Assurance maladie. Car si la faible montée en charge de l'ACS a induit une préoccupation pour le non recours à cette prestation, ce n'est pas le cas pour la CMU C. Il s'agit d'utiliser les chiffres produits en tant qu'outil de preuve (Ogien, 2010). Comme le souligne Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe du Fonds CMU, « *on a mis longtemps à admettre l'existence du non recours à la CMU C, les outils à notre disposition ne permettant pas de l'observer* ». Nous l'avons d'ailleurs abordé dans la première partie de ce texte : la plupart des acteurs de l'Assurance maladie doute de l'existence de non-recourants en matière de CMU C. Il faut rappeler qu'au moment de la mise en application et de la montée en charge du dispositif, il a permis à de nombreuses personnes, auparavant sans complémentaire, de bénéficier d'une protection. En ce sens, la CMU semble avoir rempli son objectif d'améliorer l'accès aux soins des populations à faibles ressources. Parallèlement, la plupart des CPAM sont surchargées par les demandes et des dossiers sont en attente de traitement. Dans ce cadre, poser la question du

---

<sup>8</sup> Lettre réseau LR-DDO-80/ 2008



non recours apparaît comme un non sens. C'est ce que nous dit clairement le Directeur de la sécurité sociale en 2008 : « *la CMU C est une avancée considérable et apporte une protection à des personnes démunies auparavant non couvertes. Les demandes d'ouverture de droits ne manquent pas. Il est possible que certaines personnes ne bénéficient pas de la CMU mais tant que je ne dispose pas de données quantifiées sur le phénomène, comment en tenir compte ? Certains éléments sont disponibles mais ce sont des informations partielles sur lesquelles il est compliqué d'asseoir une action* ».

L'outil informatique donne des estimations chiffrées du non recours. Celles-ci sont progressivement relayées par les rapports d'évaluation de la loi CMU et reprises par la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la CNAMTS. D'un phénomène à observer, le chiffrage du non recours participe à en faire un problème contre lequel il faut lutter. L'outil de connaissance devient ainsi outil de conviction. Il révèle que l'effectivité de la CMU est loin d'être acquise posant par la même la question de son efficacité en terme d'accès aux soins des populations précaires. Parallèlement, là où les acteurs nationaux se heurtaient à la difficulté de construire une méthodologie d'observation du non recours, l'expérience locale a ouvert des directions de travail concrètes et donné un caractère opératoire à cette question complexe du fait de son invisibilité. Pour travailler ces pistes, la CNAMTS engage une réflexion au sein de l'institution dans le cadre d'un groupe de travail intitulé « *accès aux soins et aux droits des publics précaires* ».

Ce groupe a une antériorité ; il a été créé suite à la forte médiatisation du rapport de Jean François Chadelat –directeur du Fonds CMU– sur les refus de soins envers les patients bénéficiant de la CMU C (Chadelat, 2006). Participent à ce groupe de travail, des membres des missions « conciliation » et « réglementation » de la CNAMTS, de la Direction générale des opérations mais aussi les dirigeants de trois CPAM dont la sous-direction qui a participé à concevoir l'outil informatique. Jusqu'en 2008, les investigations du groupe ont porté uniquement sur les refus de soins. Mais l'estimation de taux de non recours à la CMU C amène à étendre les investigations à l'accès aux droits en matière de protection complémentaire pour les plus démunis. La production de taux de non recours aux droits en matière de complémentaire santé arrivent par ailleurs au moment où une problématique qui semblait avoir reculé avec la création de la CMU revient sur le devant de la scène : les renoncements aux soins pour raisons financières se multiplient. Alors que dans les premières années de mise en œuvre de la CMU, les renoncements ont baissé, à partir de 2008 ils

repartent à la hausse comme le signale notamment l'enquête Santé protection sociale menée régulièrement par l'Irdes. En outre, les études montrent que ces renoncements sont majoritairement expliqués par des raisons financières (Odenore, 2010 ; Irdes, 2011) et par l'absence de complémentaire santé.

Le transfert de l'outil de connaissance du non recours a créé ce que nous appelons « un effet cliquet » ; ayant la possibilité de quantifier et d'identifier des populations en non recours, il est difficile pour l'institution de revenir en arrière et de ne pas s'appuyer sur la méthode mise au point localement pour penser une systématisation de ce type de processus et améliorer ainsi l'accès à leurs droits des populations ciblées. La production de connaissances statistiques a joué un rôle dans la reconnaissance du problème et dans sa mise en forme. Les chiffres signalent en effet que le problème de l'accès aux droits CMU n'est pas réglé et qu'il a un impact sur l'accès aux soins de certaines populations. Le travail effectué localement détermine une direction à suivre en matière d'accès aux droits CMU à savoir celle du développement de partenariats interbranches et du décloisonnement des systèmes d'informations pour améliorer la détection de potentielles situations de non recours. En mutualisant les compétences et les moyens des différentes branches de la Sécurité sociale, les acteurs souhaitent également renforcer l'efficacité des actions d'amélioration de l'accès aux droits.

## **UN OUTIL INFORMATIQUE TRAVAILLE ET DEPASSE PAR SES USAGES**

Les instructions données par la CNAMTS concernant l'usage de l'outil sont mises en œuvre différemment selon les caisses. Certaines se le sont appropriés en le remodelant. Du fait de la généralisation hâtive, il présentait en effet des points techniques inaboutis. Les Caisses primaires ont notamment modifié les requêtes informatiques et transformé de ce fait la méthode de mesure du non recours. Le processus d'appropriation de l'outil a ainsi reposé sur une déformation du projet initial qui a permis son adaptation aux contraintes concrètes du travail, définies au niveau local par les Caisses primaires. Certaines caisses ont par ailleurs choisi de ne pas utiliser cet outil : soit parce qu'elles ont déjà élaboré leurs propres programmes informatiques permettant de détecter l'éligibilité, soit parce que l'accès aux droits ne fait pas partie des priorités qu'elles se sont fixées. Concernant les organismes qui se sont saisis de l'outil, les usages qui en ont été faits ont souvent dépassé ceux pour lesquels il avait été initialement imaginé. A l'instar de cela, on a assisté à un effet « boule de neige » :

l'outil entraînant des innovations dans l'organisation du travail en interne ou avec l'environnement pour améliorer l'accès aux droits sociaux en matière de complémentaire santé.

### *Suivre l'effectivité des dispositifs*

Certaines caisses se sont saisies de l'outil essentiellement pour estimer des taux de non recours et suivre l'effectivité des dispositifs CMU C et ACS dans leur circonscription. C'est notamment le cas de la caisse qui a co-produit l'outil. Le système mis au point lui a permis de suivre l'évolution des taux de non recours pour les allocataires de minima sociaux et de vérifier l'atteinte des objectifs qu'elle s'étaient dans son Contrat pluriannuel de gestion (CPG) concernant l'augmentation du taux de couverture des populations précaires.

L'outil a été utilisé en ce sens par d'autres Caisse primaires ce qui a eu pour conséquence de multiplier les estimations chiffrées du non recours et d'amener une forme de comparaison entre organismes locaux. Des organismes se sont d'ailleurs vus attribuer des enveloppes supplémentaires pour rétribuer et continuer leurs efforts en matière d'accès aux droits. La comparaison des taux est cependant complexe et approximative dans la mesure où l'outil a été, dans la plupart des cas, retravaillé par les acteurs locaux. La manière de mesurer le non recours peut ainsi ne pas être en tous points identiques, les estimations qui en découlent étant de ce fait difficilement comparables. Les choix techniques faits au moment du processus de mesure sont en effet déterminants et peuvent induire des manières différentes de chiffrer le non recours. Cela n'est pas sans effet sur la description que l'on en fait et sur les choix des acteurs administratifs quant aux actions à mettre en œuvre.

Les chiffres produits à partir de l'outil sont donc relatifs à des territoires particuliers, correspondent à des populations spécifiques et répondent à des objectifs contingents liés à des problématiques locales qui peuvent être spécifiques. Certaines caisses ont choisi de quantifier le non recours des allocataires adultes handicapés, d'autres des bénéficiaires du minimum vieillesse ou des populations étudiantes. La connaissance quantifiée du phénomène qui se construit progressivement est ainsi territorialisée et catégorielle. D'une manière générale et pour des raisons méthodologiques, elle se cale sur les populations allocataires de minima sociaux et tend à être affinée en fonction de différentes variables, telle que la composition familiale et les revenus (André-Poyaud, Chauveaud, Revil, Warin, 2011).

La CNAMTS produit désormais régulièrement des estimations du non recours à la CMU C pour les allocataires du RSA socle. Dans la lignée des travaux réalisés sur le RMI, il s'agit de cerner le non recours pour une population dont les ressources ne dépassent en général pas le plafond de la CMU C. Si l'attribution automatique qui existait pour le RMI<sup>9</sup> a été supprimée, une présomption d'éligibilité à la CMU C a été mise en place pour les bénéficiaires du RSA socle. Cette présomption d'éligibilité implique que les bénéficiaires du RSA socle se voient attribuer immédiatement la CMU-C, sans étude de leurs ressources. Cette attribution peut être provisoire et confirmée ou non en fonction de l'attribution effective du RSA socle<sup>10</sup>. En effet au delà du fait de donner aux personnes des moyens convenables d'existence, il s'agit avec ce mécanisme d'aider à leur insertion sociale en simplifiant notamment l'accès aux différents dispositifs de solidarité en matière de santé ou de logement. LA CNAMTS centre le regard sur les bénéficiaires du RSA aussi par « facilité » méthodologique ; comme nous l'avons montré en 2006 dans une étude sur les ruptures de droits entre RMI et CMU C, la caisse est en capacité d'identifier à partir de ses fichiers de gestion les allocataires du RSA (auparavant du RMI) qui lui sont signalés par les CAF et qui sont affiliés à un régime particulier en matière d'Assurance maladie. De la même manière, la CNAMTS mesure désormais le non recours parmi la population qui bénéficie de la CMU de base. Ces choix sont liés au fait que l'on suppose que les bénéficiaires de la CMU de base ou du RSA ont des ressources qui leur donnent droit à la complémentaire CMU. Mais c'est aussi par « facilité » méthodologique et pour ne pas être dépendant des ressources informationnelles des autres branches de la Sécurité sociale. Pour les cas que nous venons de citer, l'Assurance maladie n'a ainsi pas besoin de demander des informations particulières à d'autres organismes dans la mesure où les informations nécessaires pour détecter le non recours sont déjà présentes dans ses fichiers de gestion.

Si les taux de non recours fournissent aux caisses une possibilité pour suivre l'évolution de l'effectivité de la couverture des populations à faibles ressources par la CMU C et l'ACS, ils permettent également au Fonds CMU de proposer des mesures chiffrées du phénomène au sein de sa lettre d'information « Références CMU » qui propose une analyse régulière de la mise en œuvre des dispositifs de la complémentaire gratuite ou aidée. Le Fonds évoque

---

<sup>9</sup> Qui n'avait d'ailleurs rien d'automatique comme nous l'avons déjà souligné.

<sup>10</sup> Circulaire n°DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du RSA.

l'apport de ces chiffres à la démarche évaluative qui est la sienne. Dans ses 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rapports d'évaluation de la loi CMU, un point est fait sur les évolutions des chiffres du non recours disponibles. Le 5<sup>ème</sup> opus de l'évaluation se centre en grande partie sur cette problématique. Les taux de non recours sont désormais inclus de manière régulière et constitue une forme d'évaluation permettant de porter le regard sur l'atteinte des populations par les dispositifs de la CMU.

Ces mesures amènent à affiner les informations disponibles sur le non recours à la complémentaire pour des territoires et des populations données. En ce sens, cela participe d'un mouvement de connaissance nécessaire et utile à la politique de maîtrise du risque maladie. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) lors d'une réunion sur le non recours et les renoncements aux soins confirmait la nécessité de déployer une connaissance territorialisée de ce type de phénomènes et d'enrichir de cette manière l'information et les indicateurs disponibles sur l'accessibilité des droits et des soins.

#### *Affiner la connaissance des populations vulnérables au non recours*

Au delà des informations chiffrées et statistiques, la connaissance des personnes se trouvant en situation de non recours et des causes qui mènent à ces situations peuvent participer à l'amélioration de la politique de gestion du risque de la branche maladie. Dans le contrat pluriannuel de gestion du risque signé entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour 2010/ 2013, il est noté qu'une attention particulière doit être portée à la connaissance des obstacles financiers à l'accès aux soins, tout particulièrement des restes à charge supportés par les ménages en fonction de leur niveau de vie et de leurs restes à vivre. Plus généralement, il est évoqué la nécessité de connaître et d'analyser les interactions au niveau individuel entre les caractéristiques socio-économiques, l'état de santé et l'étendue de la couverture maladie obligatoire et complémentaire.

Cela commence à être fait par des organismes de recherche notamment par l'Irdes. Certaines CPAM, accompagnées par des acteurs scientifiques, se sont déjà également engagées sur cette voie. En mobilisant une forme retravaillée de l'outil de connaissance du non recours, la Caisse primaire des Alpes de Hautes Provence a identifié les bénéficiaires potentiels de la CMU C et de l'ACS puis envoyé des courriers de sensibilisation sur les droits. A la suite de cette action, elle a sollicité l'Odenore pour analyser les effets de cette action et pour observer dans quelle

mesure le bénéfice de la CMU améliore effectivement l'accès aux soins. La CPAM en question a souhaité examiner le non recours, ses causes et améliorer la connaissance disponible sur les personnes qui ne demandent pas leurs droits pour tester ensuite les possibilités de réduire, à l'échelle du département, ces difficultés d'accès aux droits. Des enquêtes par questionnaires ont donc été menées auprès des populations potentiellement éligibles à la CMU C et à l'ACS et mis en exergue le fait que certaines populations sont particulièrement vulnérables au non recours. Un noyau dur d'assurés « sans complémentaire » existent en effet au sein du territoire ; par rapport aux autres répondants à l'enquête, ils sont plus âgés, moins diplômés, vivent davantage seuls, sans enfant à charge et hors travail (chômeurs ou retraités). L'application du score EPICES<sup>11</sup> indique également que les « sans complémentaire » sont « précaires » ou « très précaires ».

Le responsable du service précarité de la CPAM a souligné l'intérêt de l'enquête qui permet « *d'affiner la connaissance des populations vulnérables sur le territoire et de mieux comprendre leurs caractéristiques* ». En ce sens, elle a été utile pour définir des cibles vers lesquelles orienter les actions et pour déterminer des partenaires potentiels avec lesquels travailler pour affiner les procédures d'identification des non recourants et pour intervenir de manière préventive auprès de ces populations. En matière de Sécurité sociale, les programmes de maîtrise du risque sont en effet construits sur des cibles particulières, justifiées par la recherche d'efficacité et d'efficience des actions (Emile, 2011). Dans ce cadre, une connaissance fine et renouvelée des populations est essentielle afin de délimiter des catégories de publics vers lesquels cibler les actions et déployer des offres de services. La maîtrise des risques consistent à prévenir les régularisations –aussi bien d'ailleurs le non recours que les fraudes- en se centrant sur les situations et les prestations présentant le plus de risques (Buchet, 2005). L'Assurance maladie se saisit du non recours comme catégorie opérationnelle participant au ciblage des populations vulnérables et à la mise en place d'une politique de maîtrise des risques plus préventive et pro active.

---

<sup>11</sup> Fragilité sociale mesurée à l'aide du score EPICES : indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

[http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/protocoles\\_epices.htm](http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/protocoles_epices.htm)  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh\\_14\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf)

## *Renforcer la logique des droits-créances tout en déployant le principe d'équité*

Depuis 2008 et dans le sillage de l'outil, l'identification et l'information des bénéficiaires potentiels ont été mises en œuvre pour différents minima sociaux : le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation adulte handicapé (AAH), l'Allocation parents isolés (API), les allocations logement et le minimum vieillesse. Depuis 2009, ces opérations sont tout particulièrement réalisées pour le RSA « socle » : chaque trimestre des échanges dématérialisés d'informations sur les publics ont lieu entre CAF et CPAM. Ils sont destinés à repérer les bénéficiaires n'ayant pas la CMU C et à leur envoyer automatiquement un courrier d'information sur leurs droits (Angèle, Chadelat, Verniolle, 2011). Même si les procédures se sont affinées, des entretiens au sein des Caisses primaires montrent que ces opérations rencontrent toujours des difficultés techniques.

Ayant la possibilité de repérer les non recourants et donc de les contacter, la branche maladie de la Sécurité sociale a choisi un vecteur d'information traditionnel -le courrier- et procédé à des envois en masse pour informer les bénéficiaires de leurs droits. Malgré la réussite toute relative de ce type d'opérations -les taux de retour ont atteint 16 à 25 %<sup>12</sup>- et la complexité des causes du non recours à la CMU (Revil, 2009 ; 2010), la branche a progressivement centré sa stratégie d'intervention sur le non recours par *non-connaissance*<sup>13</sup>. L'Assurance maladie a en effet un devoir d'information de ses assurés et donc la responsabilité d'agir sur la *non connaissance* conformément à l'article 1<sup>er</sup> de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998 qui affirme l'obligation d'information des assurés par les organismes de sécurité sociale. L'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale stipule parallèlement que « *les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale (...)* ».

Actuellement, l'usage de l'outil et de ses déclinaisons visent principalement un renforcement de la logique des droits-créances ; l'objectif affiché est d'accroître l'effectivité des droits

---

<sup>12</sup> Fonds de financement de la Couverture Maladie Universelle, Rapport d'évaluation de la loi CMU n° IV, juillet 2009, p. 121. <http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%20EVALUATION%204.pdf>

<sup>13</sup> Trois types de non recours peuvent être distingués :

- La *non connaissance*, lorsque l'offre n'est pas connue.
- La *non demande*, quand elle est connue mais pas demandée.
- La *non réception*, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

<http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp1.pdf>

sociaux en matière de CMU. Dans cette perspective, les caisses travaillent sur les modalités d'accès aux prestations et tendent à lever les obstacles informationnels des bénéficiaires potentiels de la complémentaire santé gratuite ou aidée de manière à ce qu'ils disposent d'une connaissance minimale sur les dispositifs. Cela leur permet notamment d'estimer leur éligibilité potentielle. Selon la logique des droits-créances, la collectivité et les pouvoirs publics sont tenus de garantir l'égal accès de tous aux droits sociaux et de lever les obstacles rencontrés par les usagers dans le chemin qui mène effectivement aux droits. A travers l'expérimentation de politiques d'information ou d'accueil, l'objectif de l'Assurance maladie est bien *in fine* de doter les personnes d'une complémentaire santé gratuite ou aidée et de faire en sorte que les droits en matière de protection sociale complémentaire soient effectifs.

Si la finalité est bien l'égal accès de tous, cela passe cependant par l'introduction du principe d'équité au moment de la mise en oeuvre des droits par les institutions locales (Hassenteufel, 2008 ; Borgetto, 2010). Là où les Caisses nationales agissent par de vastes actions d'information, les organismes locaux différencient de plus en plus leurs actions en fonction des types de publics, en essayant de tenir compte des besoins différents. Cela permet notamment de répondre au non recours par *non réception*. Au delà du ciblage de l'information sur des bénéficiaires potentiels, des caisses se sont notamment interrogées sur les effets réels de ces campagnes –coûteuses- pour les organismes : cela a contribué à montrer que certaines populations répondent davantage à ce type de sollicitations écrites tandis que d'autres rencontrent d'importantes difficultés de compréhension des courriers (Chauveaud, Revil, Warin, 2010).

Une enquête menée par l'Odenore et la CPAM des Alpes de Haute-Provence a souligné que la question de l'information est plus complexe qu'il n'y paraît. Les personnes ne sont pas totalement informées ou non informées (Reinstadler, 1999) mais se trouvent confrontées à des difficultés d'information concernant des points précis de dispositifs de plus en plus complexes dans leurs modalités d'attribution (Dubois, 2010). Connaître *a minima* la CMU-C ou l'ACS ne suffit pas pour y recourir : les personnes potentiellement éligibles ont besoin d'explication sur des éléments particuliers qui leur permettent d'engager et de poursuivre leurs démarches ; c'est ainsi le cas lorsque les personnes doivent faire des choix afin d'accéder définitivement à leurs droits : choisir un organisme gestionnaire de la CMU-C, choisir auprès de quel organisme complémentaire utiliser l'attestation ACS, choisir un contrat complémentaire parmi d'autres, etc... La Caisse des Alpes de Haute Provence a compris que si l'information



par courriers permet de connaître l'existence des dispositifs et les grandes lignes de l'accès, une information s'intéressant à des points spécifiques de la CMU-C et de l'ACS est une condition pour limiter les abandons et renforcer l'utilisation des attestations auprès des organismes complémentaires. Elle réfléchit donc à construire des partenariats avec les travailleurs sociaux du département qui peuvent être des vecteurs d'explications auprès de populations plus en difficultés.

Parallèlement, des services sociaux de Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail<sup>14</sup> (CARSAT) ont mis en évidence le rôle de l'explication des dispositifs complexes auprès de populations plus en difficulté que d'autres pour comprendre les modalités de l'accès aux droits (Chauveaud, Warin, 2009). En Rhône-Alpes, l'identification des bénéficiaires potentiels a ainsi donné une possibilité aux travailleurs sociaux de la CARSAT d'entrer en contact avec certains d'entre eux et de discuter des difficultés rencontrées. Des rendez-vous approfondis ont été proposés aux personnes rencontrant des difficultés d'accès et des actions d'explications des dispositifs ont été engagées auprès des personnes signalées en non recours .

Ces rapides exemples montrent que les organismes locaux tentent de tenir compte des capacités différentes de compréhension et des besoins supplémentaires d'explication concernant les modalités d'attribution des droits. Ils différencient leurs actions, la segmentent de plus en plus en tentant de cibler au sein des populations vulnérables au non recours , celles qui sont *les plus vulnérables*. L'usage de l'innovation a ainsi amené certaines caisses à réinjecter en permanence le principe d'équité au moment de la mise en œuvre de la CMU C et de l'ACS, par exemple en informant plus précisément certaines sous-populations, en proposant un accueil sur rendez-vous à des personnes repérées en non recours depuis longtemps pour leur expliquer la manière d'accéder aux prestations ou en mettant en place un accompagnement individualisé vers les droits. Les Caisses primaires, comme d'autres organismes d'ailleurs, spécialisent progressivement la fonction de l'accueil physique sur les catégories les moins dotées financièrement (Dubois, 2010) et « dualisent » de manière accrue leur action. Comme nous l'ont expliqué plusieurs agents d'accueil, les Caisses primaires automatisent au maximum la gestion des droits pour la majorité des assurés notamment en utilisant l'informatique et l'administration électronique. Elles développent à côté de cela des services « par type de publics », voire des services individualisés pour gérer les cas complexes

---

<sup>14</sup> La réforme HSPT a transformé les CRAM en CARSAT.

et répondre aux demandes qui ne rentrent pas dans les cases de l'automatisation. On assiste à une redéfinition des services publics entre des services gérés suivant des normes d'efficacité gestionnaire, voire de rentabilité, à destination de l'ensemble de la population et des services spécifiques visant à assurer des fonctions sociales (Siblot, 2005)<sup>15</sup>.

\*\*\*\*

Partant du constat d'un manque de connaissances et de la nécessité d'en construire, des acteurs ont choisi de s'allier pour concevoir un outil d'observation du non recours à la CMU. Ils ont découvert progressivement l'ampleur du phénomène, ses enjeux locaux et nationaux en matière d'accès aux soins. Ses enjeux organisationnels et financiers également. L'outil leur a échappé et a été institutionnalisé pour répondre à des logiques qui n'étaient pas nécessairement les leurs.

Quoiqu'il en soit, l'objectif de *donner à voir* le non recours a été atteint. La généralisation hâtive par les instances administratives nationales a cependant eu des effets quant à la connaissance produite : elle a contribué à mettre en lumière certains aspects du non recours – les taux et les données chiffrées- et à en laisser d'autres de côté. Le travail compréhensif, prévu initialement dans le processus d'expérimentation, a été réalisé dans une version minimale et très peu approprié par les acteurs administratifs nationaux. En ce sens, les éléments qui en ont découlé ont pu être largement « invisibilisés » (Revil, Rode, 2010). *La non demande* de CMU, forme de non recours *choisie* (Warin, 2010) révélée par les enquêtes, n'a été par exemple que peu prise en compte. Les destinataires d'une offre peuvent en effet ne pas avoir envie de se saisir de ce qui leur est proposé et refuser de recourir à des droits qu'ils jugent parfois inacceptables du point de vue de leurs principes ou des conditions de comportements qu'ils imposent.

L'Assurance maladie a choisi, dans l'urgence, de centrer son action sur la *non connaissance* et la *non réception* qui forment, selon nous, le *non recours par non accès*. L'institution a en considéré avoir une responsabilité concernant les difficultés d'accès résultant d'un manque d'information, de dysfonctionnements administratifs, de la non compréhension des courriers ou de décisions discrétionnaires prises par les agents. La *non demande* dans la mesure où elle

---

<sup>15</sup> « Adapter » les services publics aux habitants des « quartiers difficiles ». Diagnostics misérabilistes et réformes libérales », *Actes de la recherche en sciences-sociales*, 159, 2005, p. 70-87.

résulte d'un choix des bénéficiaires potentiels de ne pas recourir soit par désintérêt, refus ou repli se situe, selon eux, en dehors de leur responsabilité.

Si la manière et les raisons pour lesquelles l'outil a été généralisé et utilisé ont pu contribuer à « invisibiliser » ce type d'explications, c'est aussi le signe d'une institution, la Sécurité sociale, prise dans un mode de définition *par le haut* de la demande sociale. Tenir compte de l'ensemble des situations de non recours, notamment de la *non demande*, peut amener une interrogation quant à la pertinence de l'offre en matière de complémentaire santé gratuite ou aidée au vu des besoins et des attentes des destinataires. Mais que faire lorsque les non recourants disent ne pas ou ne plus recourir parce que la CMU C est un dispositif stigmatisant ? Ou lorsqu'ils évoquent les refus de soins dont ils ont été victimes alors qu'ils bénéficiaient de cette complémentaire ? De la même manière, comment répondre aux personnes qui, une fois informées de l'existence de l'ACS, ne la demandent pas parce que le reste à payer pour avoir une complémentaire est trop élevé ? La prise en compte du non recours peut-il être un élément utile pour faire évoluer l'offre et pour la construire « par le bas » en tenant compte des critiques apportées par ceux qui se trouvent dans des situations de *non-demande* ? Offre-t-il une possibilité pour les usagers potentiels de donner leur avis non pas seulement sur les modalités d'accès à l'offre ou la qualité du service rendu mais aussi sur la pertinence de l'offre au regard de ses principes ?

L'outil présenté dans ce texte a tracé son chemin et ouvert une porte à la prise en compte du non recours par l'Assurance maladie. Ce processus n'est d'ailleurs pas achevé et le rapport ambigu entretenu par les institutions avec le non recours perdure. Il est vrai que la lutte contre ce problème se heurte à des injonctions contradictoires présentes au sein de la branche maladie. Sa prise en compte se confronte notamment aux exigences de production du service. Il faut ainsi répondre vite aux assurés, réduire les temps d'attente, traiter un maximum de dossiers en un minimum de temps... La lutte contre le non recours nécessite au contraire d'accorder un peu plus de temps aux bénéficiaires potentiels, de les revoir dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, de trouver des moyens aussi de repérer ceux qui ne viennent pas vers les institutions. La confrontation des logiques a ainsi récemment amené certaines Caisses primaires à abandonné l'accueil sur rendez-vous des bénéficiaires de la CMU et à limiter l'utilisation des outils de prospection des droits sociaux. Dans une période de restriction des dépenses publiques et de compressions des effectifs humains, le non recours n'a pas encore trouvé complètement sa place.

## **Bibliographie :**

Afsa C., « Introduction », in *Recherches et prévisions*, n° 43, 1996.

André-Poyaud I ; , Chauveaud C., Revil H. et P. Warin, « Une action d'information pour accéder à la CMU C et à l'ACS », *Working-paper, Odenore*, n°8, 2011.

Angèle M., Chadelat JF. Et R. Verniolle, « La pré-instruction des demandes de CMU C par les CAF dans le cadre de la mise en place du RSA », in *Regards, La gestion du risque*, n°39, janvier 2011, pp. 69-75, 2011.

Borgetto M., « Identification, problèmes et enjeux du ciblage. Un état des lieux de la question », In *Informations sociales*, n° 108, 2004, pp. 4- 17

Borgetto M., 2010, « Sur quels principes bâtir une politique sociale ? Petit inventaire des choix possibles », in *Informations sociales, Comment fabriquer un politique sociale ?*, n°157, Janvier-Février 2010, pp. 10-17.

Buchet D., « Du contrôle des pauvres à la maîtrise des risques », in *Informations sociales*, n°126, Août 2005, pp. 40-57.

Chadelat J.F., *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C. Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités*. Paris, La Documentation française, 2006.

Chauveaud C. et P. Warin, « Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de minima sociaux. Expliquer la CMU-C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles ». ODENORE : Etudes et recherches, n°32, 2009.

Chauveaud C., Rode A. et P. Warin, « Le non recours aux soins des actifs précaires », ODENORE, *Working paper*, n° 2, juin 2010.

CNAMTS, *Plan pour une politique de lutte contre les exclusions*, 2004.

CNAMTS/ Etat, *Contrat d'objectifs et de gestion*, 2010/ 2013, [http://www.securite-sociale.fr/chiffres/cog/cnamts/cog\\_cnamts2010-13.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/cog/cnamts/cog_cnamts2010-13.pdf)

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R. et F. Jusot, « Le renoncements aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, *Questions d'économie de la santé*, n°170, novembre 2011.

Desrosières A., *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993.

Dubois V., « Politiques au guichet, politique du guichet », *In Borraz O. et Giraudon V. Politiques publiques. Changer la société*, Paris, Les Presses de Science Po, 2010, pp. 265-281.

Emile P., « Quelle approche de gestion du risque en interbranche à la Sécurité sociale ? », *In Regards, La gestion du risque*, n° 39, janvier 2011, p. 69-75.

Fonds CMU, *Evaluation de la loi CMU*. Rapport d'évaluation IV, 2009.

Friedberg, E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1993.

Gaglio G., *Sociologie de l'innovation*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2011.

Hamel M.P., *Le non recours aux prestations sociales chez les populations vivant en situation de précarité et d'exclusion*. CEVIPOF, Rapport de recherche pour la Direction générale de l'action sociale, 2006.

Hautchamp M., Naves P., Tricart D., « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? », *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales*, 2005.

Hassenteufel P., « Régulation étatique de l'Assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique », *In Borgetto M. et Chauvière M. (dirs.), Qui gouverne le social ?*, Paris, Dalloz, 2008.

Irdes, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », in *Questions d'économie de la santé*, n° 161, Janvier 2011.

Kerr S., « Deciding about supplementary pension : a provisional model, in *Journal of social policy*, vol. 11, n°4, 1982, pp. 505-517.

Knoepfel P., Larrue C., Varone F., *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Helbing et Lichtenhahn, vol. 2, 2001.

Math A, Van Oorschot W., « La question du non recours aux prestations sociales », *Recherches et prévisions*, n° 43, 1996.

Ogien A., « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », in *Revue française de socio-économie Les politiques de quantification*, La Découverte, 1<sup>er</sup> semestre 2010.

Reinstadler A., *Analyse micro-économique du non recours à l'Allocation parentale d'éducation*, Rapport final pour la CNAF, Janvier 1999.

Revil H., « Identifier des populations en non recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthode », In *Recherches et Prévisions*, n° 93, pp 10-17, 2008.

Revil H., « Le non recours à la CMU C et à l'ACS », ODENORE, Etudes et recherches, n°25, octobre 2008, <http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-couverture-maladie-universelle-complementaire-cmu-c-l%E2%80%99aide-complementaire-sante-acs>

Revil H, Le non recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée, *Document de travail ODENORE*, n° 5, 2010.

Revil H. et A. Rode, « Entre mise en visibilité et invisibilité : le cas de la santé », *communication pour les journées scientifiques de l'Odenore*, 2010 [http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/36/53/PDF/HR\\_AR\\_intervention\\_session\\_1.pdf](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/36/53/PDF/HR_AR_intervention_session_1.pdf)

Van Oorschot W., « Les causes du non recours. Des responsabilités largement partagées », in *Recherches et prévisions*, n°43, 1996, pp. 33-46.

Volovitch P., « Une couverture santé à deux vitesses », in *Lettre de l'Observatoire des inégalités*, mai 2011, <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1450>

Warin P., « Pas de politique d'accès aux droits sans information sur les publics vulnérables », *Recherches et Prévisions*, n° 87, 2007, pp. 7- 16.

Warin P., Le non - recours : définition et typologies, *Document de travail ODENORE*, n° 1, 2010.